

morfologia ovalar com maior eixo de 26 mm na supra-renal direita. Evolução: medicada com dexametasona 0,25 mg/dia, tendo-se assistido a uma rápida normalização dos níveis de androgénios.

**Discussão:** Neste caso, o diagnóstico tardio e ausência atempada de tratamento foram responsáveis pela exuberância clínica e impedimento de gravidez desejada. Importa ainda realçar as implicações biopsicossociais deste quadro.

#### P48. DOENÇA DE ADDISON E LINFOMA NÃO HODGKIN

F. Graça<sup>1</sup>, P. Bogalho<sup>1</sup>, A. Fernandes<sup>2</sup>, M. Monteiro<sup>2</sup>, S. Foreid<sup>3</sup>, A. Agapito<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Endocrinologia Diabetes e Metabolismo. Hospital de Curry Cabral. Centro Hospitalar Lisboa Central EPE. <sup>2</sup>Serviço Hematologia. Hospital de Santo António dos Capuchos. Centro Hospitalar Lisboa Central EPE. <sup>3</sup>Serviço de Anatomia Patológica. Hospital São José. Centro Hospitalar Lisboa Central EPE.

**Introdução:** A etiologia mais frequente da Doença de Addison é autoimune, podendo também ser secundária a doença infecciosa, hemorrágica e por metastização/infiltração tumoral. A insuficiência suprarrenal por Linfoma não Hodgkin é uma entidade rara.

**Caso clínico:** Mulher de 76 anos, recorreu ao serviço de urgência (Setembro/2011) por astenia, adinamia, anorexia, vômitos e perda ponderal de 10 Kg, com 7 meses de evolução. A TAC abdominal detectou estase gástrica exuberante, espessamento parietal e lesões sólidas das suprenais: à esquerda com 90 mm e à direita com 50 mm. A biópsia gástrica permitiu o diagnóstico de Linfoma não Hodgkin células B MALT. Foi colocada endoprotese pilórica e iniciou quimioterapia em Novembro/2011. Em Fevereiro/2012, realizou TAC que mostrou redução das lesões das suprarrenais (à direita 12 mm e à esquerda 40 mm). Por suspeita de insuficiência suprarrenal, realizou doseamento de ACTH (332 pg/ml). Na primeira consulta de Endocrinologia (Março/2012), apresentava caquexia, prostração marcada, hiperpigmentação generalizada e tensão arterial de 120/67 mmHg. O estudo analítico confirmou Doença de Addison (ACTH 458 pg/ml e Prova de Synacthen com cortisol aos 60 minutos de 12,3 µg/dl). Iniciou hidrocortisona (10 + 5 mg/dia) com melhoria sintomática. Em Junho/2012, por agravamento do quadro clínico, repetiu TAC, que evidenciou aumento da lesão suprarrenal esquerda (60 × 40 × 84 mm). Fez biópsia guiada por TAC, cujo resultado foi Linfoma não Hodgkin células B MALT. A doente fez quimioterapia paliativa, vindo a falecer em Outubro/2012.

**Discussão:** O Linfoma não Hodgkin tipo MALT é uma causa rara de insuficiência suprarrenal. No caso descrito, é provável que a insuficiência suprarrenal pudesse já estar presente quando recorreu ao Serviço de Urgência, face ao achado imagiológico inicial.

#### P49. LINFOMA PRIMÁRIO BILATERAL DAS GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

R. Ferreira, F. Serra, C. Moniz, H. Simões, M. Oliveira, J. Costa, M. Saraiva

Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. Hospital Egas Moniz (CHLO). Lisboa.

**Introdução:** Os linfomas não Hodgkin com origem no sistema endócrino representam apenas 3% dos linfomas extra-nodais, e o local mais frequente é a tireóide. O atingimento das glândulas supra-renais é muito raro.

**Caso clínico:** Descrevemos o caso clínico de uma doente, 88 anos, sexo feminino, autónoma, observada no serviço de Urgência, com queixas, com 1 mês de evolução, de vômitos alimentares pós-prandiais, anorexia, perda de peso (4 kg), astenia

e febre. Havia sido, previamente, medicada com antibiótico (por suspeita de patologia infecciosa de etiologia a esclarecer), sem melhoria clínica. Ao exame objectivo, tendencialmente hipotensa, normoglicémica, sem adenopatias palpáveis, abdómen indolor, depressível, sem massas. Laboratorialmente, destacava-se anemia (Hb 8,8 g/dL), hiponatremia (Na 125 nmol/L) e PCR positiva (15 mg/dL). A TC abdominal revelou “glândulas supra-renais aumentadas bilateralmente, a supra-renal (SR) esquerda com 11 cm de maior diâmetro, moldando o estômago e projectando-se superiormente adjacente à aorta abdominal; a SR direita com 8 × 4 cm”. Foi internada no serviço de Endocrinologia para esclarecimento da situação clínica. O doseamento hormonal foi compatível com lesões não funcionantes e a prova de synacthen foi positiva para insuficiência supra-renal. A doente iniciou reposição com hidrocortisona. A TC toraco-abdomino-pélvica revelou “volumosas massas das glândulas supra-renais, sólidas, heterogêneas; derrame pleural esquerdo; ausência de adenopatias ou lesões secundárias”. Foi efectuada biópsia guiada por TC da SR direita, cuja histologia foi compatível com linfoma não Hodgkin B difuso de grandes células. Registou-se rápido agravamento clínico, do ponto de vista respiratório, com falecimento da doente.

**Discussão:** O linfoma não Hodgkin primário das glândulas supra-renais é uma patologia muito rara. Geralmente, o atingimento é bilateral (em cerca de 70% dos casos) e pode manifestar-se por insuficiência supra-renal. Dado o seu mau prognóstico, é importante um alto grau de suspeição clínica para a obtenção de um diagnóstico precoce e tratamento atempado.

#### P50. METASTIZAÇÃO SUPRA-RENAL EM DOENTE COM CARCINOMA SARCOMATÓIDE PULMONAR – TRATAMENTO CIRÚRGICO OU MÉDICO?

J. Menezes Nunes<sup>1,2</sup>, E. Lau<sup>1,2</sup>, A. Varela<sup>1,2</sup>, A. Magalhães<sup>1,2</sup>, F. Guerra<sup>1</sup>, J. Queirós<sup>1</sup>, A. Magalhães<sup>2,3</sup>, H. Queiroga<sup>2,3</sup>, J. Costa<sup>4</sup>, M. Guimarães<sup>4</sup>, I. Lopes<sup>5</sup>, T. de Sousa<sup>5</sup>, F. Cruz<sup>2,5</sup>, D. Gouveia<sup>6</sup>, P. Cabral Bastos<sup>6</sup>, D. Carvalho<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Endocrinologia Diabetes e Metabolismo; <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia; <sup>3</sup>Serviço de Anatomia Patológica; <sup>4</sup>Serviço de Urologia; <sup>5</sup>Serviço de Cirurgia Cardiorrástica. Centro Hospitalar São João. Porto. <sup>6</sup>Faculdade de Medicina. Universidade do Porto.

**Introdução:** A metastatização para a glândula supra-renal ocorre em percentagem variável, dependendo da localização do tumor primitivo. Embora geralmente unilateral, pode ocorrer bilateralmente em até 10% e exige estudo funcional e equipa multidisciplinar para decisão terapêutica.

**Caso clínico:** Homem, 52 anos, submetido a lobectomia superior direita e esvaziamento ganglionar do mediastino em Agosto/11 por nódulo pulmonar (FDG-PET mostrando apenas hipermetabolismo no respectivo nódulo). A anatomia patológica revelou carcinoma sarcomatóide, variante pleomórfica - pT2a N0 R0. Fez QT adjuvante e manteve-se em seguimento. Em TC de follow-up de Maio/12, destaca-se volumosa massa renal esquerda, de 14 cm × 11 cm, de textura mista. Efectuou RM abdominal que revelou massa com 12,9 × 13,3 × 13,2 cm, na topografia da supra-renal esquerda, condicionando desvio das estruturas adjacentes, com contornos regulares mas textura marcadamente heterogênea, sugerindo hemorragia intra-lesional. Dados os antecedentes de carcinoma pulmonar, equacionou-se a probabilidade de corresponder a metástase hemorrágica. Na supra-renal direita observava-se massa com 3,9 × 4,8 × 5,0 cm, sem perda de sinal em oposição de fase (não correspondendo assim a adenoma), relativamente homogênea e de contornos bem definidos, assumindo características inespecíficas mas indiciando suspeição, atendendo à lesão da supra-renal contra-lateral.